

VU Research Portal

Op weg naar een professionele standaard voor medisch adviseurs in letselschadezaken

Wilken, A.

published in

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
2009

DOI (link to publisher)

[10.1007/bf03081672](https://doi.org/10.1007/bf03081672)

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Wilken, A. (2009). Op weg naar een professionele standaard voor medisch adviseurs in letselschadezaken. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2009/8(8), 588-600. <https://doi.org/10.1007/bf03081672>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Op weg naar een professionele standaard voor medisch adviseurs in letselschadezaken

Mr. A. Wilken¹

1 INLEIDING

Het medisch beoordelingstraject in letselschadezaken staat al geruime tijd in de belangstelling. Sinds medio 2008 wordt er aan de Vrije Universiteit te Amsterdam in opdracht van De Letselschade Raad onderzoek gedaan naar mogelijkheden voor verbetering van dit traject.² De onderzoeksresultaten tot nu toe zijn onlangs openbaar gemaakt in een conceptrapport getiteld *Het medisch beoordelingstraject bij letselschade. Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen*.³ Uit dit rapport komt naar voren dat de voornaamste knelpunten in het medisch beoordelings-traject samenhangen met twee kernproblemen: de uitwisseling van medische informatie en de positie en de werkzaamheden van de medisch adviseurs die door partijen in het schadeafwikkelingstraject worden ingeschakeld. Dit artikel zal zich toespitsen op dit laatste kernprobleem.

Medisch adviseurs worden in letselschadezaken ingeschakeld om het medisch causaal verband tussen de schadeveroorzakende gebeurtenis en het letsel te beoordelen en – in het kader van de schadebegroting – de medische situatie van het slachtoffer voor en na ongeval en de hypothetische medische situatie zonder ongeval in kaart te brengen.⁴ De medisch adviseur treedt hierbij in de regel op als partijdeskundige aan-gezien hij meestal in opdracht werkt van óf het slachtoffer, óf de verzekeraar.⁵ Tegelij-kertijd wordt hij op grond van de algemene gedragsregels voor artsen geacht onafhan-kelijk te zijn. Dit maakt de positie van de medisch adviseur enigszins paradoxaal: ener-zijds heeft hij duidelijk de rol van partijdeskundige, terwijl hij anderzijds geacht wordt onafhankelijk te zijn.

Deze onafhankelijkheid is in de huidige letselschadepraktijk onvoldoende ge-borgd. De polarisatie in de relatie tussen (belangenbehartigers van) slachtoffers en verzekeraars heeft doorgewerkt binnen de beroepsgroep van medisch adviseurs in letselschadezaken. Dit heeft geleid tot een tweedeling binnen de beroepsgroep en er is een onderscheid ontstaan tussen MAS (medisch adviseurs die optreden voor slachtof-fers) en MAA (medisch adviseurs die optreden voor assuradeuren). De MAS en de

1. Annelies Wilken is onderzoeker bij de afdeling privaatrecht van de Vrije Universiteit Amsterdam en verbonden aan het Interfacultair samenwerkingsverband Gezondheid en Recht (IGER) van VU en VUmc. Met dank aan prof. mr. A.J. Akkermans en prof. mr. J. Legemaate voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel.

2. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de Project-groep medische deskundigen in de rechtspleging – als onderdeel van het Interfacultair samenwerkingsver-band Gezondheid en Recht – en staat onder leiding van prof. mr. A.J. Akkermans en prof. mr. J. Lege-maate. Zie ook A.J. Akkermans, J. Legemaate & A. Wilken, 'Het medisch beoordelingstraject bij letselschade', *TVP* 2009 nr. 1, p. 21-27.

3. A.J. Akkermans, J. Legemaate & A. Wilken, *Het medisch beoordelingstraject bij letselschade. Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossings-richtingen*, Amsterdam: VU 2009, te downloaden via: <www.rechten.vu.nl>, > Onderzoek, > Werkgroep Medische Deskundigen (IWMD), > Projecten, > Medisch beoordelingstraject bij letselschade.

4. In medische aansprakelijkheidszaken worden medisch adviseurs daarnaast ook ingeschakeld in het kader van de beoordeling van de aansprakelijkheid.

5. In dit artikel wordt ervan uitgegaan dat de aanspra-kelijk gestelde partij wordt vertegenwoordigd door een aansprakelijkheidsverzekeraar.

MAA zijn – waarschijnlijk ongewild – in de loop der jaren deel gaan uitmaken van het juridische strijdtoneel. Sommige belangenbehartigers beschouwen de medisch adviseur ook echt als hulppersoon en pleitbezorger.⁶ Dit maakt dat de onafhankelijkheid van medisch adviseurs kan worden betwijfeld. In de literatuur vraagt men zich openlijk af of op (sommige) medisch adviseurs in letselschadezaken wellicht het gezegde: ‘wiens brood men eet, diens woord men spreekt’ van toepassing is.⁷

Gelet op de gecompliceerde positie van de medisch adviseur als ‘onafhankelijke partijdeskundige’ is een duidelijke professionele standaard van groot belang. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg heeft in 2007 expliciet opgeroepen tot ontwikkeling van een dergelijke professionele standaard.⁸ Sindsdien zijn er door de tuchtcolleges voor de gezondheidszorg wel een aantal relevante uitspraken gedaan, maar de professionele standaard van medisch adviseurs in letselschadezaken is nog allesbehalve uitgekristalliseerd. In dit artikel zal de noodzaak van de (verdere) ontwikkeling van een professionele standaard worden toegelicht en zal aandacht worden besteed aan recente ontwikkelingen in de (tucht)rechtspraak. Deze ontwikkelingen hebben met name betrekking op de onafhankelijkheid van de medisch adviseur en de advisering door de medisch adviseur aan zijn opdrachtgever.

2 INHOUD EN UITWERKING VAN DE PROFESSIONELE STANDAARD

De professionele standaard wordt in de literatuur omschreven als het geheel van kennis, regels en normen waaraan een medische beroepsbeoefenaar is gehouden, blijkend uit de opleiding(seisen), inzichten uit de praktijk, wetenschappelijke literatuur op het vakgebied, protocollen, gedragsregels, wettelijke bepalingen en jurisprudentie.⁹ Deze professionele standaard omvat enerzijds de medisch-wetenschappelijke inzichten en de ervaring die de beroepsgroep met medische handelingen heeft opgedaan, ook wel de medisch-professionele standaard genoemd. Deze medisch-professionele standaard wordt over het algemeen door de beroepsgroep zelf ontwikkeld. Anderzijds omvat de professionele standaard van de medische beroepsbeoefenaar de rechten van de patiënt en andere maatschappelijke regelingen die op de hulpverlening van toepassing zijn. In deze tweede categorie worden de normen en regels vastgesteld in andere kaders, zoals wetgeving, regelgeving en rechtspraak.¹⁰

Op het handelen van artsen is veel wet- en regelgeving van toepassing, zoals bijvoorbeeld de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), de Gedragsregels voor artsen (Vademecum II.01), de KNMG-richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (Vademecum II.03) en

6. J. Quakkelaar & E. Wytema, ‘Medisch adviseur of adviserend medicus?’, *Letsel & Schade* (L&S) 2007, nr. 4, p. 32-33 (zie in reactie hierop ook A.J. Van, ‘De medisch adviseur: pleitbezorger of deskundige?’, L&S 2007, nr. 4, p. 34).

7. R. Westerweel, ‘Trugkieke’, L&S 2005, nr. 4, p. 6. Zie ook A.J. Van (A.J. Van, ‘Redactioneel’, L&S 2007, nr. 3, p. 3) die spreekt over “het niveau der broodschrijverij”.

8. Zie in dit verband bijv. CTG 19 juli 2007, nr. 2006/026.

9. J. Legemaate, *Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg*, Deventer: W.E.J. Tjeenk Wilink 1997, p. 26.

10. H.J.J. Leenen/J.C.J. Dute & W.R. Kastelein, *Handboek gezondheidsrecht. Deel II: Gezondheidszorg en recht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2008, p. 24.

het KNMG-manifest *Medische professionaliteit*.¹¹ Ook het wettelijk kader voor het handelen van de medisch adviseur in letselschadezaken wordt door deze wet- en regelgeving gevormd.

Voornoemde wet- en regelgeving bevat over het algemeen open normen. Voor een groot aantal specialismen zijn door de betreffende beroepsverenigingen specifieke gedragscodes opgesteld waarin de algemene wet- en regelgeving – en daarmee de professionele standaard voor dat specifieke beroep – nader is uitgewerkt. Voor medisch adviseurs in letselschadezaken ontbreekt een dergelijke (voor de buitenwereld inzichtelijke) uitwerking van hun professionele standaard. Hierdoor is soms onduidelijk hoe algemene wet- en regelgeving in letselschadezaken moet worden toegepast en uitgelegd.

Dit geldt bijvoorbeeld voor de toepassing van de Wbp en de daarop gebaseerde Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen (de Gedragscode).¹² De wetgever heeft in de Wbp bewust gekozen voor open normen voor verwerking van persoonsgegevens waarvan het de bedoeling is dat deze per branche nader worden uitgewerkt. Verzekeraars hebben deze normen uitgewerkt in de Gedragscode die van toepassing is op de gehele verzekeringsbranche en dus in principe ook in letselschadezaken. Uit de tekst van en de toelichting op de Gedragscode blijkt echter duidelijk dat deze primair is geschreven met het oog op de verwerking van persoonsgegevens van (aspirant-)verzekerden in het kader van first party-verzekeringen; verzekeringen waarin een directe contractuele relatie tussen verzekerde en (aspirant-)verzekerde bestaat of wordt beoogd, zoals bijvoorbeeld particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekeringen of ongevallenverzekeringen. Daar is in letselschadezaken geen sprake van: er worden medische gegevens van de wederpartij van de verzekerde verzameld en er bestaat dus geen contractuele verhouding tussen de verzekeraar en degene wiens persoonsgegevens worden verzameld. Naast dit verschil in rechtsverhouding, verschilt het medisch beoordelingstraject in letselschadezaken inhoudelijk ook aanzienlijk van medische beoordeling in het kader van first party-verzekeringen. Door deze onduidelijkheden in (de toepassing van) de Gedragscode in letselschadezaken is niet altijd even duidelijk hoe er met medische persoonsgegevens behoort te worden omgegaan. Er bestaat derhalve behoefte aan beroepsgebonden documenten voor medisch adviseurs in letselschadezaken waarin (sommige aspecten van) de op de medisch adviseur toepasselijke wet- en regelgeving nader wordt uitgewerkt.

3 HET BELANG VAN EEN PROFESSIONELE STANDAARD VOOR MEDISCH ADVISEURS

Anders dan bij behandelend artsen, staat bij medisch adviseurs in letselschadezaken niet primair het gezondheidsbelang van de patiënt centraal, maar het (financiële) belang van de opdrachtgever van de medisch adviseur: het slachtoffer of de verzekeraar. En deze belangen lopen sterk uiteen.

11. KNMG-manifest *Medische professionaliteit*, Utrecht: KNMG 2007, <knmg.artsennet.nl>, > Diensten, > KNMG-publicaties, > professionaliteit.

12. Zie over dit onderwerp ook: A. Wilken, 'De beteke-

nis van de Wet Bescherming Persoonsgegevens voor het medisch beoordelingstraject bij letselschade', *Tijdschrift voor vergoeding personenschade (TVP)* 2008, nr. 4, p. 109-117.

Weliswaar is de inhoud van de werkzaamheden van de medisch adviseur van het slachtoffer (de MAS) en de medisch adviseur van de verzekeraar (de MAA) gelijk – beiden beoordelen het medisch causaal verband en brengen de medische situatie van het slachtoffer voor en na ongeval en de hypothetische medische situatie zonder ongeval in kaart – zij werken wel vanuit verschillende perspectieven. Bij de vaststelling van de omvang van de schade heeft het slachtoffer een financieel belang bij een pessimistische inschatting van zijn (medische) situatie met ongeval en een optimistische inschatting van zijn hypothetische (medische) situatie zonder ongeval. De medisch adviseur van het slachtoffer wordt derhalve (impliciet of expliciet) gevraagd om alert te zijn op feiten en interpretaties die dergelijke inschattingen kunnen rechtvaardigen. De verzekeraar heeft het tegenovergestelde financiële belang en aan zijn medisch adviseur wordt dus (impliciet of expliciet) gevraagd om alert te zijn op feiten en interpretaties die aanknopingspunten bieden voor een meer optimistische inschatting van de (toekomstige) situatie met ongeval en een meer pessimistische inschatting van de hypothetische (toekomstige) situatie zonder ongeval.¹³

Deze andere belangen dan het gezondheidsbelang van het slachtoffer, maken dat de professionele standaard van dergelijke artsen onder druk kan komen te staan: “Artsen die (mede) ten behoeve van derdenbelangen werkzaam zijn, hebben evenals de behandelende artsen een professionele standaard die zij in acht moeten nemen. (...) Omdat zij een derdenbelang dienen en veelal in loondienst werkzaam zijn, bestaat het risico dat zij, eventueel zelfs onder zekere druk, ten aanzien van de professionele standaard concessies doen. Er kunnen ook meer onbewuste invloeden op het oordeel van de arts inwerken; zo is hij gemakkelijk onderhevig aan de waarden en gevoelens die in zijn werkomgeving gelden, wat kan doorwerken in zijn medisch oordeel. Omdat bij structurele aanwezigheid van het derdenbelang het professionele handelen gemakkelijk door andere factoren kan worden beïnvloed, is het van groot belang de professionele standaard voor de in deze sectoren werkzame artsen goed te omschrijven en in professionele statuten, gedragscodes en dergelijke vast te leggen.”¹⁴ Er zijn duidelijke signalen dat medisch adviseurs daadwerkelijk worden blootgesteld aan de druk van derdenbelangen – althans andere belangen dan het gezondheidsbelang van het slachtoffer – en daar soms zelfs onder ‘bezwijken’, terwijl een goed omschreven en vastgelegde professionele standaard ontbreekt.

Sieswerda stelt de medisch adviseur (van de verzekeraar) aan de kaak wiens insteek is: “Niet zozeer om te bezien wat aan het ongeval dient te worden toegedicht, doch veel eerder om tot in den treure twijfels, vragen, nog meer vragen en betwistingen te bedenken”.¹⁵ Dit fenomeen staat bekend als ‘op alle slakken zout leggen’: de medisch adviseur van de verzekeraar grijpt (irrelevante) aspecten uit de medische voorgeschiedenis van het slachtoffer aan om de schadelast te drukken. Het omgekeerde deed zich voor in een zaak waarin de medisch adviseur van het slachtoffer zich op het standpunt had gesteld dat het slachtoffer tot het moment van het ongeval gezond was geweest en een

13. Zie voor een nadere toelichting hoofdstuk 1-2 van het conceptrapport *Het medisch beoordelingstraject bij letselschade. Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen* (zie noot 3).

14. Leenen/Dute & Kastelein 2008, p. 172-173 (zie noot 10).

15. P. Sieswerda, ‘How to cure and not to pay’, *L&S* 2005, nr. 3, p. 9-10.

arbeidsverleden had van dertig jaar zonder ziekteverzuim.¹⁶ Op grond van deze rapportage vorderde de belangenbehartiger namens het slachtoffer een aanzienlijke schadevergoeding en betaalde de verzekeraar het slachtoffer een voorschot van € 30.000. De benadeelde nam geen genoegen met dit voorschot en startte een procedure. In deze procedure kwam vervolgens medische informatie naar voren waaruit bleek dat de benadeelde in het verleden langdurig een uitkering op grond van een arbeidsongeschiktheidsverzekering had ontvangen en dat haar werkzame leven zich beperkte tot haar eigen huishouding en minimale invalwerkzaamheden én dat de medisch adviseur van de benadeelde hiervan op de hoogte was. De medisch adviseur in deze zaak had dus bewust een loopje met de waarheid genomen. Ook komt het in de praktijk regelmatig voor dat medisch adviseurs sideletters schrijven bij de adviezen aan hun opdrachtgevers.¹⁷ In deze sideletters nuanceren zij hun standpunten zoals weergegeven in het advies – dat bestemd is om aan de wederpartij te worden gestuurd – en nemen zij soms zelfs afwijkende standpunten in. Dit lijkt moeilijk verenigbaar met het vereiste dat medisch adviseurs – in ieder geval tot op zekere hoogte – onafhankelijk moeten zijn.

Voornoemde voorbeelden illustreren dus dat (sommige) medisch adviseurs zich in hun werkzaamheden in (te) grote mate laten leiden door hun opdrachtgever. Voor medisch adviseurs in letselschadezaken is het dus van groot belang dat zij hun professionele standaard én hun onafhankelijkheid uitwerken en vastleggen in gedragscodes en andere beroepsgebonden documenten, op grond waarvan zij een autonome positie ten opzichte van hun opdrachtgevers in kunnen nemen en zich kunnen ‘wapenen’ tegen beïnvloeding van hun medische advisering door opdrachtgevers.

4 DE ONAFHANKELIJKE PARTIJDESKUNDIGE

Een medisch adviseur dient op grond van de algemene gedragsregels voor artsen en op grond van de Beroepscode GAV¹⁸ onafhankelijk te zijn.¹⁹ Deze onafhankelijkheid maakt ook deel uit van zijn medisch-professionele autonomie. Dit houdt in dat de medisch adviseur zich in zijn oordeelsvorming niet mag laten leiden door invloeden van bijvoorbeeld werkgevers, opdrachtgevers of financiële prikkels voor eigen gewin.²⁰ De opvatting dat de medisch adviseur moet worden beschouwd als hulp-persoon en pleitbezorger van de belangenbehartiger valt hier niet mee te rijmen.²¹ De medisch-professionele autonomie brengt namelijk ook mee dat degene die een medisch adviseur om advies vraagt – of dat nu de verzekeraar is of het slachtoffer – heeft te respecteren dat het hem niet is toegestaan om invloed uit te oefenen op het medisch oordeel van die medisch adviseur.

16. Rechtbank Assen 27 februari 2008, JA 2008/99 (m.nt. A.J. Van).

17. Dit kwam naar voren tijdens expertmeetings die op 25 en 27 mei 2009 hebben plaatsgevonden in het kader van het onderzoek naar een betere opzet van het medisch beoordelingstraject in opdracht van De Letselschade Raad.

18. GAV staat voor Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere verzekerings-zaken.

19. Regel I.4 van de gedragsregels voor artsen: “De arts is – ongeacht of hij als vrije beroepsbeoefenaar, in

dienstverband of enig ander organisatorisch kader werkzaam is – te allen tijde vrij in en persoonlijk verantwoordelijk voor de hulpverlening” en art. 1 Beroepscode GAV: “De geneeskundig adviseur verplicht zich een onafhankelijk medisch advies aan verzekeringsmaatschappijen uit te brengen met betrekking tot de acceptatie van verzekeringen, aanspraken op verzekeringen en letselschaden. (...)”.

20. KNMG 2007, p. 10 (zie noot 11).

21. Quakkelaar & Wytema 2007, p. 32-33 (zie noot 6).

Zie in reactie hierop ook Van 2007, p. 34 (zie noot 6).

Tegelijkertijd kan er niet aan voorbij worden gegaan dat de medisch adviseur nu eenmaal door het slachtoffer óf de verzekeraar wordt ingeschakeld om advies te geven en daarmee automatisch de rol van partijdeskundige krijgt toebedeeld. De vraag wat in de praktijk nu precies de betekenis is van de onafhankelijkheid van de medisch adviseur als partijdeskundige in letselschadezaken, is niet eenvoudig te beantwoorden. De tuchtrechtspraak biedt inmiddels wel de nodige aanknopingspunten.

Eén van de eerste uitspraken waarin de tuchtrechter zich expliciet heeft uitgelaten over de positie en de onafhankelijkheid van de medisch adviseur is de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 19 juli 2007.²² Het slachtoffer in deze zaak klaagde dat de MAA had gehandeld in strijd met de Beroepscode GAV door op onzorgvuldige en vooringenomen wijze aan de verzekeraar te adviseren. Het regionaal tuchtcollege achtte de klacht gegrond en oordeelde dat het advies van de medisch adviseur niet aan de daaraan te stellen eisen voldeed. Dit hield volgens het regionaal tuchtcollege voornamelijk verband met het feit dat de medisch adviseur in zijn advies niet alleen zijn mening had gegeven over de gezondheidstoestand van klaagster, maar hij het advies eveneens had doorspekt met opmerkingen van algemene aard en strekking over de diagnose whiplash en de behandeling daarvan. In hoger beroep stelde het Centraal Tuchtcollege de medisch adviseur echter in het gelijk en wees de tegen hem ingediende klacht af. Het Centraal Tuchtcollege oordeelde dat het medisch advies voldoende inhield om te begrijpen dat het oordeel van de medisch adviseur erop neer kwam dat er bij de benadeelde geen sprake was van medische klachten die een gevolg waren van het ongeval. Het medisch advies bevatte bovendien onvoldoende aanknopingspunten voor het verwijt dat de arts geen onafhankelijk medisch advies zou hebben uitgebracht (als bedoeld in art. 1 Beroepscode GAV). Het feit dat de medisch adviseur zijn eigen zienswijze ten aanzien van de controverse over de diagnose whiplash had gegeven, bracht nog niet mee dat het advies niet onafhankelijk was. Het Centraal Tuchtcollege overwoog echter wel dat het beter zou zijn geweest als de medisch adviseur zijn algemene opmerkingen, waaruit zijn persoonlijke en voor een verzekeraar gunstige stellingname in de controverse over de diagnose whiplash bleek en die niet van belang waren voor zijn medisch oordeel in die specifieke zaak, achterwege zou hebben gelaten. Dergelijke opmerkingen kunnen volgens het Centraal Tuchtcollege gemakkelijk de indruk wekken dat de medisch adviseur een vooringenomen advies geeft.

In de literatuur is vervolgens discussie ontstaan over de vraag of een *onafhankelijk* medisch advies hetzelfde is als een *objectief* medisch advies en een *onpartijdig* medisch advies.²³ Uit recente tuchtrechtspraak is inmiddels gebleken dat een medisch adviseur in ieder geval *onafhankelijk én objectief* dient te zijn en dat een medisch adviseur geen vooringenomen standpunt in mag nemen.²⁴ In de zaak die resulteerde in een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege van 24 februari 2009 schrijft de medisch adviseur van de verzekeraar in een brief aan de medisch adviseur van het slachtoffer: “Naar

22. CTG 19 juli 2007, nr. 2006.026.

23. J. Meyst-Michels, ‘De normen die gelden voor een geneeskundig adviseur in particuliere verzekeringszaken’, *PIV-Bulletin* 2007, nr. 5, p. 1-4 en A.J. Van, annotatie bij CTG 19 juli 2007, TVP 2007, nr. 3, p. 94-97. Volgens Van staat het de medisch adviseur vrij *partijdig* te zijn en een medisch advies uit te brengen dat de

positie van zijn opdrachtgever ondersteunt, zolang hij maar duidelijk aangeeft waar de beoordeling van de gezondheidstoestand van de benadeelde ophoudt en zijn eigen visie begint.

24. CTG 24 februari 2009, nr. 2008/075; RTG Amsterdam 26 mei 2009, nr. 08/028 en RTG Amsterdam 26 mei 2009, nr. 08/030.

ik tot mijn schrik verneem zijn partijen het eens geraakt over het inschakelen van collega G. als onafhankelijke deskundige. U en ik weten tot in detail wat de expertisearts op papier gaat zetten. Wij hebben er dus twee nieuwe vermeende ‘whiplash-slachtoffers’ bij gekregen die ‘invaliden’ zijn en ‘beperkingen’ hebben.” Het regionaal tuchtcollege stelt voorop dat een medisch adviseur op grond van de Beroepscode GAV een onafhankelijk advies dient te geven en dient te handelen overeenkomstig de in de medische professie algemeen aanvaarde gedragsregels en oordeelt dat de medisch adviseur in deze zaak in strijd met deze normen heeft gehandeld. Door klagers aan te duiden als “vermeende ‘whiplashslachtoffers’ die ‘invaliden’ zijn en ‘beperkingen’ hebben” blijkt onmiskenbaar van een vooringenomen standpunt van de medisch adviseur. Daarbij getuigen de door de medisch adviseur gekozen bewoordingen en kwalificaties van weinig respect voor klagers (en de door hen ondervonden klachten). In hoger beroep komt het Centraal Tuchtcollege niet tot andere beschouwingen en beslissingen, maar voegt nog wel aan de overwegingen van het regionaal tuchtcollege toe dat van een arts verwacht mag worden dat hij *objectief én onafhankelijk* oordeelt.

Dat een medisch adviseur onafhankelijk en objectief dient te zijn, wil overigens niet zeggen dat hij zich niet kritisch op mag stellen. Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag overwoog eerder in dit verband in een zaak waarin de ziektegeschiedenis van het slachtoffer een aantal moeilijk te objectiveren aspecten bevatte: “Het is de arts niet te verwijten dat hij daarop heeft willen wijzen. Ook is het de arts niet te verwijten dat hij de diagnoses, die door de behandelende artsen zijn gesteld, kritisch beschouwt. Dat is in feite ook zijn taak.”²⁵ De medisch adviseur had in deze zaak zijn taak jegens de benadeelde echter niet op een respectvolle en betamelijke wijze uitgevoerd en had zich in zijn rapportage met de navolgende passages op een niet-wetenschappelijke, onbehouwen wijze uitgedrukt: “Dat hier een PTSS aan de orde zou zijn is onzin, de ingrediënten rond het ongeval levert betrokkene zelf op een oneigenlijke wijze aan, zo verschaft hij zijn behandelaar de gelegenheid tot de diagnose PTSS” en verderop in zijn rapportage: “Al met al is dit dus een onzinnige zaak, en ik mag aannemen dat er een punt achter gezet wordt zonder verdere compensaties of expertises”. De klacht tegen de medisch adviseur werd derhalve gegrond verklaard.

In twee recente uitspraken van 26 mei 2009 (tegen één en dezelfde medisch adviseur) heeft het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam zich voor het eerst écht expliciet uitgelaten over de rol en positie van de medisch adviseur in letselschadezaken.²⁶ Het standpunt van de medisch adviseur van de verzekeraar kwam er in beide zaken op neer dat (whiplash-achtige) klachten van het slachtoffer niet in verband konden worden gebracht met het ongeval. In de eerste zaak bevatte een brief van de medisch adviseur aan een ingeschakelde onafhankelijke deskundige (onder andere) de volgende passages:

- I “In dat kader moet wel bedacht worden dat betrokkene er een zeer groot financieel belang bij heeft indien zijn klachten aan het ongeval worden toegeschreven en er een arts gevonden wordt die voor die klachten ‘beperkingen’ wil duiden.”
- II “Bekend is bijvoorbeeld dat betrokkene een eenmansbedrijf had van waaruit hij als freelancer voor een grote opdrachtgever werkte. Kennelijk werd hij daar

25. RTG Den Haag 13 april 2004, nr. 2003 T 80 (L&S 2007, nr. 3, p. 21-23).

26. RTG Amsterdam 26 mei 2009, nr. 08/030 en RTG

Amsterdam 26 mei 2009, nr. 08/028 (in de eerste zaak werd de medisch adviseur gewaarschuwd, in de tweede zelfs berispt).

geconfronteerd met een grote hoeveelheid werk, terwijl wij anderzijds weten dat bij die opdrachtgever in economische zin veel 'aan de hand was'. Acht u het mogelijk dat het geconfronteerd worden met zeer grote hoeveelheid werk bij deze persoon – die volgens u voor het ongeval de neiging had te hoge eisen aan zichzelf te stellen – een burn-out syndroom heeft veroorzaakt?”

- III “Een andere bekende factor die stress kan veroorzaken in iemands leven is relatieproblematiek. U schrijft daarover slechts dat de relatie met de echtgenote ‘zeer goed is’. Ik verzoek u dit punt wat breder uit te werken.”
- IV “Is er geen reden tot differentiaal diagnostiek? Ik geef een paar suggesties: burn-out, overwerktheid, overspannenheid, surmenage, een angststoornis, inbeelding (van klachten of van causaal verband of het hebben van beperkingen), overdrijven, simuleren, een subklinische depressie, een pijnstoornis, een somatoforme stoornis, overmatige fixatie op de klachten, bewegingsangst en hypochondrie. Het zal misschien veel moeite kosten deze lijst, die zeker nog wel uit te breiden valt, na te lopen, maar ik verzoek u nadrukkelijk deze moeite toch te nemen).”

Het regionaal tuchtcollege stelt wederom voorop dat de medisch adviseur niet kan worden verweten dat hij inhoudelijk een ander standpunt dan klager inneemt over de mogelijke (mede-)oorzaak van de door klager gepretendeerde schade. Verweerder heeft de bevoegdheid om ter advisering van de civiele tegenpartij van klager een tegenovergesteld standpunt in te nemen. Deze bevoegdheid kent echter wel zijn begrenzing: “Zo dient de medisch adviseur zich in zakelijke bewoordingen uit te drukken, in het debat met de tegenpartij niet vooringenomen te zijn en voldoende respect te tonen voor de standpunten van gesprekspartners, in dit geval klager, zijn medisch adviseur, en de rapporteurs die zich hebben uitgesproken over klagers medische of psychische toestand. Ook dient de medisch adviseur objectief en onafhankelijk te oordelen en zijn uitspraken en oordelen te beperken tot het werkterrein waarop hij deskundig is. Van belang hierbij is eveneens, dat bij het op schrift stellen van stukken waarvan voorzienbaar is dat deze ook extern een betekenis kunnen hebben, gewaakt wordt voor een vermenging van feiten, beweringen, persoonlijke opvattingen en (retorische) vragen (...).” Het regionaal tuchtcollege komt in deze zaak uiteindelijk tot de conclusie dat de medisch adviseur tekort is geschoten als medisch adviseur. Delen van de inhoud van diverse berichten aan de schadebehandelaar van de verzekeraar en de brieven aan de onafhankelijke deskundige waren volgens het regionaal tuchtcollege vooringenomen en/of ongepast en/of badinerend en/of beledigend en/of ongefundeerd. Daarbij overwoog het tuchtcollege nadrukkelijk dat een medisch adviseur in de eerste plaats arts is en *daarnaast* medisch adviseur en geen regisseur, pleitbezorger of belangenbehartiger van de tegenpartij.

Uit voornoemde tuchtrechtspraak kan een groot aantal aanknopingspunten worden afgeleid voor een omschrijving van hetgeen in het spanningsveld tussen partijbelangen en medisch-professionele autonomie van de medisch adviseur mag worden verwacht: hij mag zich ten opzichte van (het letsel van) het slachtoffer kritisch opstellen, maar dient zich daarbij objectief en onafhankelijk op te stellen en zich te beperken tot zijn eigen werkterrein; hij mag geen vooringenomen standpunten innemen en dient respect te tonen voor (de standpunten van) het slachtoffer en de andere deelnemers aan het letselschadeprocess. Een dergelijke omschrijving zou feitelijk deel moeten gaan uitmaken van de professionele standaard en moeten worden opgenomen in

een beroepscode die bij voorkeur voor alle medisch adviseurs in letselschadezaken gaat gelden (zie hierover nader de slotbeschouwing in par. 6). Met behulp van een dergelijke omschrijving van hun onafhankelijkheid in een gedragscode zal het voor medisch adviseurs ook eenvoudiger worden om hun medisch autonome positie – op grond waarvan zij onafhankelijk moeten adviseren – aan hun opdrachtgever duidelijk te maken.

5 EISEN AAN MEDISCHE ADVISERING

Een ander belangrijk aspect van de professionele standaard van medisch adviseurs in letselschadezaken is de wijze waarop zij adviseren aan hun opdrachtgevers. Ook over dit onderwerp bestaat de nodige tuchtrechtspraak waaruit een aantal formele en inhoudelijke eisen aan medische advisering kan worden afgeleid. In de eerdergenoemde uitspraak van 19 juli 2007 had het regionaal tuchtcollege in eerste aanleg voor wat betreft de inhoudelijke eisen waaraan een medisch advies zou moeten voldoen, aansluiting gezocht bij de tuchtrechtspraak inzake onafhankelijke medische deskundigenberichten.²⁷ Het Centraal Tuchtcollege nam deze eisen echter niet over en beperkte zich tot de constatering dat er door medisch adviseurs regelmatig op weinig gestructureerde wijze wordt gerapporteerd en riep op tot nadere normering op dit gebied. Hierbij doelde het Centraal Tuchtcollege waarschijnlijk op zelfregulering. Het bleef onduidelijk of voor adviezen van medisch adviseurs dezelfde eisen gelden als voor adviezen van onafhankelijke medische deskundigen.

Nadere normering vanuit de beroepsgroep van medisch adviseurs bleef in de periode daarna echter uit. Toen het Centraal Tuchtcollege enige tijd later wederom de vraag kreeg voorgelegd welke eisen er aan adviezen van medisch adviseurs moeten worden gesteld, heeft het Centraal Tuchtcollege zelf de regie in handen genomen en geoordeeld dat dezelfde eisen gelden als voor adviezen van onafhankelijke deskundigen: “Zoals ook door het regionaal tuchtcollege is overwogen adviseert een medisch adviseur, anders dan een deskundige bij het uitbrengen van een deskundigenrapport, niet eenmalig, maar is sprake van een continuïteit, waarbij de medisch adviseur steeds adviseert wanneer de opdrachtgever in een zaak een medische reactie vraagt. (...) Een advies van een medisch adviseur is (...) beperkter van opzet, strekking en inhoud dan een deskundigenrapport. Dat neemt naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege niet weg, dat ook voor een advies van medisch adviseur heeft te gelden dat dit dient te voldoen aan de in de jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege voor rapportage ontwikkelde eisen. Dit betekent dat:

- 1 in het advies op inzichtelijke en consistente wijze wordt uiteengezet op welke gronden de conclusie van het advies steunt,
- 2 de in het advies uiteengezette gronden aantoonbaar voldoende steun vinden in de feiten, omstandigheden en bevindingen van dat advies,
- 3 bedoelde gronden de daaruit getrokken conclusie kunnen rechtvaardigen,
- 4 het advies zich beperkt tot de deskundigheid van de medisch adviseur en

27. CTG 19 juli 2007, nr. 2006.026.

5 de methode van onderzoek om tot beantwoording van de voorgelegde vraagstelling te komen tot het beoogde doel kan leiden en de medisch adviseur daarbij de grenzen van redelijkheid en billijkheid niet heeft overschreden.”²⁸

Sinds kort is dus (eindelijk) duidelijk welke inhoudelijke eisen er gelden voor adviezen van medisch adviseurs in letselschadezaken. Het is echter de vraag in hoeverre de advisering door medisch adviseurs in de dagelijkse praktijk ook daadwerkelijk aan deze eisen voldoet. Een rapportageformat voor medisch adviseurs zou een goed instrument kunnen zijn om medische adviezen beter te structureren en een kwaliteitsslag in de advisering door medisch adviseurs te kunnen maken. De ontwikkeling van een dergelijk rapportageformat voor medisch adviseurs is een belangrijk aandachtspunt in het onderzoek naar een betere opzet van het medisch beoordelingstraject dat in opdracht van De Letselschade Raad aan de Vrije Universiteit te Amsterdam wordt uitgevoerd.²⁹ Nu is gebleken dat aan de advisering door medisch adviseurs dezelfde eisen kunnen worden gesteld als aan de advisering door onafhankelijke deskundigen, ligt het voor de hand in dit kader aansluiting te zoeken bij de *Richtlijn medisch-specialistische rapportage* (RMSR) die in samenwerking met de KNMG is opgesteld door de Werkgroep Medisch Specialistisch Rapportage (WMSR).³⁰ De uniformiteit van adviezen van medisch adviseurs zou mogelijk nog verder kunnen worden vergroot door – net zoals van onafhankelijke medische deskundigen wordt verwacht – de conclusies van de medisch adviseur in te delen aan de hand van een deugdelijke vraagstelling die de medisch adviseur van zijn opdrachtgever krijgt voorgelegd.³¹ Ook hierover wordt momenteel in het kader van voornoemd onderzoek nagedacht. Bij de ontwikkeling van een dergelijke (standaard)vraagstelling zou aansluiting kunnen worden gezocht bij de IWMD-vraagstelling causaal verband bij ongeval.³²

Een ander aspect aan de advisering door medisch adviseurs betreft de vraag in hoeverre medische adviezen inzichtelijk zouden moeten zijn voor derden zoals bijvoorbeeld de wederpartij en de (tucht)rechter. Het zou een soepel verloop van het medisch beoordelingstraject en de kwaliteit van medisch adviezen waarschijnlijk ten goede komen als medisch adviseurs hun medische adviezen in ieder geval ter beschikking zouden stellen aan (de medisch adviseur van) hun wederpartij. In de eerdergenoemde

28. CTG 24 februari 2007, nr. 2007.367 en 2007.368 (hoger beroep van RTG Zwolle 1 november 2007, nr. 2006.174 en RTG Zwolle 1 november 2007, nr. 2006.143).

29. Zie ook de hoofdstukken 18 en 21 van het concept-rapport *Het medisch beoordelingstraject bij letselschade. Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen* (zie noot 3).

30. *Richtlijn medisch-specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband*, Utrecht: KNMG 2008. Zie <knmg.artsennet.nl>, > Diensten, > KNMG-publicaties, > richtlijnen.

31. Het Centraal Tuchtcollege heeft ook op deze mogelijkheid gewezen in zijn uitspraak van 15 mei 2007, nr. 2006/101: “Het College wil echter wel benadrukken dat klachten als deze [het selectief en onvolledig weergeven van feiten en omstandigheden, AW] in hoge mate kunnen worden ondervangen door een concrete, op de zaak toegesneden vraagstelling door de opdrachtgever. Ook medisch adviseurs zouden, waar mogelijk, hierop moeten staan. Overigens is de causaliteit bij beroepsziekten voer voor juristen (...)

maar niet voor artsen. Een juiste vraagstelling is dus primair de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever. Uit het deskundig oordeel van K. valt op te maken dat een ontwikkeling gaande is om te komen tot een meer concrete vraagstelling, maar dat een ‘open’ verzoek om medische informatie als in dit geval in de beroepsgroep niet ongebruikelijk is, zeker niet in de tijd waarin het gewraakte rapport werd uitgebracht door verweerster.”

32. Deze vraagstelling is bedoeld voor medische deskundigen die door partijen in een letselschadeprocedure worden ingeschakeld om de aard en omvang van de door het slachtoffer geclaimde letselschade te beoordelen en is opgesteld door de Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen (IWMD), waarin door de onderzoekers van de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging van de Vrije Universiteit Amsterdam nauw wordt samengewerkt met professionals uit de personenschadepraktijk (<www.rechten.vu.nl>, > Onderzoek, > Werkgroep Medische Deskundigen (IWMD), > Projecten, > Vraagstellingen).

uitspraak van 19 juli 2007 juicht het Centraal Tuchtcollege dit toe en ook artikel 3 van de Letselschade Richtlijn Medisch Traject en de (goede praktijken bij) de Gedragscode Behandeling Letselschade schrijven voor dat medische adviezen (waar partijen zich op beroepen) in beginsel uitgewisseld zouden moeten worden. De naleving van deze regelgeving is echter moeilijk afdwingbaar.

In de huidige praktijk worden medische adviezen van medisch adviseurs dan ook nogal eens onthouden aan de (medisch adviseur van de) wederpartij. In plaats van het originele medische advies ter beschikking te stellen, wordt het medisch advies door de schadebehandelaar of de belangenbehartiger richting de wederpartij vertaald: “mijn medisch adviseur zegt ...”. Dit kan eenvoudig tot onjuiste en strategische vertalingen leiden waardoor de medische nuance verloren kan gaan en misverstanden ontstaan.³³ Dit risico zou kunnen worden vermeden door medische adviezen in hun originele vorm aan (de medisch adviseur van) de wederpartij ter beschikking te stellen. Daarbij zullen medisch adviseurs (van verzekeraars) hun woorden waarschijnlijk zorgvuldiger kiezen als ze zich bewust zijn van het feit dat hun adviezen ook toegankelijk zijn voor het slachtoffer.³⁴

Het inzagerecht van het slachtoffer in medische adviezen van de medisch adviseur van de verzekeraar lijkt wettelijk te zijn verankerd in artikel 7:456 Burgerlijk Wetboek (BW) en artikel 35 Wbp en kan eveneens worden afgeleid uit de artikelen 9 en 13 van de Beroepscode GAV.³⁵ Als deze aanname juist is en het slachtoffer te allen tijde recht heeft op inzage in medische adviezen van de medisch adviseur van de verzekeraar, kan men zich afvragen of het procesrechtelijke beginsel van *equality of arms* niet tot eenzelfde verplichting zou moeten leiden aan de kant van het slachtoffer ten aanzien van de adviezen van zijn medisch adviseur. Men kan echter ook vraagtekens zetten bij de wenselijkheid van een dergelijk inzagerecht. Medische advisering heeft immers zowel voor de verzekeraar als voor het slachtoffer de functie van intern beraad over het naar de wederpartij in te nemen standpunt. Een inzagerecht voor de wederpartij in adviezen van medisch adviseurs zou dit interne beraad kunnen verstoren.³⁶

33. Zie ook J.H.C.M. Fouchier, ‘De MAS en de MAA: agonisten of antagonist?’; *GAVScoop* 2003, nr. 1, p. 24-27: “Wanneer juristen – medische leken – medische informatie zelfstandig zouden gaan beoordelen en interpreteren door een juridische bril, is de kans op foutieve conclusies levensgroot”.

34. Zie RTG Zwolle 29 mei 2008, nr. 2007.047.

35. In artikel 6.1.1 van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen is het inzagerecht ten aanzien van medische informatie op grond van de Wbp verder uitgewerkt en is bepaald dat degene wiens persoonsgegevens worden verwerkt – bij voorkeur via een door hem of haar benoemde vertrouwensarts – een op hem of haar betrekking hebbend medisch dossier volledig, met uitzondering van de werkaantekeningen van de medisch adviseur, in mag zien (tenzij de privacy van in het rapport besproken derden zich daartegen verzet).

36. Met betrekking tot het inzagerecht op grond van de WGBO is denkbaar dat de verzekeraar op grond van deze redenering zou kunnen betogen dat de aard van de rechtsbetrekking tussen de medische adviseur van de verzekeraar en het slachtoffer zich tegen de toepasselijkheid van het inzagerecht verzet. Ten aan-

zien van het inzagerecht op grond van de Wbp zou eventueel kunnen worden betoogd dat de rechten en vrijheden van de verzekeraar – als bedoeld in art. 43 Wbp – aan een inzagerecht voor het slachtoffer in medische adviezen van de verzekeraar in de weg zouden kunnen staan. Voor de Beroepscode GAV (en het daarin opgenomen inzagerecht) geldt dat deze beroepscode met name geschreven lijkt te zijn voor medische advisering in het kader van first party-verzekeringen. In dergelijke zaken maakt meestal alleen de verzekeraar gebruik van een medisch adviseur en beschikt de verzekerde – anders dan het letselschadeslachtoffer in een aansprakelijkheidsprocedure – niet over zijn eigen medisch adviseur. Een inzagerecht in adviezen van medisch adviseurs ligt in dergelijke zaken meer voor de hand dan wanneer het slachtoffer over zijn eigen medisch adviseur en dus zijn eigen medische advies beschikt. Zoals gezegd, wordt in de Beroepscode GAV echter (ten onrechte?) geen onderscheid gemaakt tussen medische advisering in het kader van first party-verzekeringen en medische advisering in het kader van aansprakelijkheidsverzekeringen.

Een sterk argument voor openheid is echter wel gelegen in de algemene verplichting voor artsen om zich te verantwoorden en zich toetsbaar op te stellen.³⁷ Een medisch adviseur kan alleen verantwoording afleggen en zich toetsbaar opstellen als hij openheid betracht in zijn medische advisering en zijn medische adviezen niet enkel kenbaar zijn voor zijn opdrachtgever, maar ook voor derden, zoals (de medisch adviseur van) de wederpartij en eventueel de (tucht)rechter. Dit impliceert bovendien dat zijn adviezen altijd op schrift moeten worden gesteld. Als zou worden aangenomen dat medisch adviseurs op grond van hun verplichting als arts om zich open en toetsbaar op te stellen, hun adviezen aan (de medisch adviseur van) de wederpartij ter beschikking moeten stellen, hebben hun opdrachtgevers dat te respecteren. Zij roepen voor medische advisering nu eenmaal de hulp van een arts in, met zijn eigen professionele standaard.

6 SLOTBESCHOUWING: PROFESSIONALISERING EN SAMENWERKING NOODZAKELIJK

De ontwikkeling van de professionele standaard van de medisch adviseur in letselschadezaken staat nog in de kinderschoenen. Recentelijk zijn er wel een aantal tuchtrechtelijke uitspraken gewezen waaruit aanknopingspunten voor de invulling van de professionele standaard van de medisch adviseur kunnen worden ontleend, maar in de huidige letselschadepraktijk bestaan er toch nog veel onduidelijkheden – en soms ook onwenselijkheden – rondom de rol en werkzaamheden van de medisch adviseur. Dit maakt dit onderwerp tot een van de grootste knelpunten in het medisch beoordelingstraject bij letselschade. Er is dan ook dringend behoefte aan een (voor de buitenwereld inzichtelijke) professionele standaard voor medisch adviseurs in de vorm van een gedragscode en andere beroepsgebonden documenten. Daarnaast zou eveneens een systeem van intercollegiale toetsing en een centrale opleiding voor medisch adviseurs³⁸ moeten worden ontwikkeld, waarin aandacht wordt besteed aan de kwaliteitseisen en medisch-inhoudelijke competenties waaraan een medisch adviseur in letselschadezaken zou moeten voldoen.³⁹

Professionalisering van de beroepsgroep en met name ook de ontwikkeling van een gedragscode is een aangelegenheid die in eerste instantie door de beroepsgroep van medisch adviseurs in letselschadezaken zelf ter hand zal moeten worden genomen. Binnen de beroepsgroep zijn en worden wel initiatieven ontwikkeld, maar tot op heden heeft dat tot weinig concrete (eind)resultaten geleid. Dat lijkt mede samen te hangen met de verdeeldheid die binnen de beroepsgroep bestaat. Deze verdeeldheid gaat zover dat momenteel door de GAV en de Werkgroep Artsen Advocaten (WAA)

37. In regel I.6 van de Gedragsregels voor artsen is bepaald: "De arts is bereid zich te verantwoorden en zich toetsbaar op te stellen. Leidraad bij deze toetsing is het criterium 'algemeen onder beroepsgenoten gebruikelijk', zoals dat onder meer geoperationaliseerd is of moet worden door de erkende wetenschappelijke vereniging".

38. Blijkens recente berichten is de GAV bezig met de ontwikkeling van een dergelijke opleiding.

39. Zie in dit kader ook F.A.J.M. van den Wildenberg,

'Professionalisering in de medische advisering', *GAV-scoop* 2006, nr. 4, p. 100-103; F.A.J.M. van den Wildenberg, 'Letselschade: Praktijk en ideaal. Een kritische beschouwing vanuit het medisch perspectief', *L&S* 2006, 4 en F.A.J.M. van den Wildenberg, 'Normering van medische adviezen' (ingezonden brief), *PIV-Bulletin* 2007, nr. 7 en ook J. Bronsema, 'Normering van medische adviezen' (ingezonden brief), *PIV-Bulletin* 2008, nr. 1.

wordt gewerkt aan de ontwikkeling van eigen beroepscode.⁴⁰ Het is de vraag of dit wel wenselijk is en bovendien is het moeilijk voorstelbaar dat binnen één en dezelfde beroepsgroep twee inhoudelijk afwijkende beroepscode zouden kunnen gelden.⁴¹

Het zou goed zijn als de beroepsgroep zich zou verenigen of in ieder geval tot een gezamenlijke professionele standaard zou komen. Inhoudelijk lijkt er ook geen goede reden te zijn om onderscheid te maken tussen de professionele standaard van de MAS en de professionele standaard van de MAA en dit tot uitdrukking te laten komen in twee beroepscode. Qua kernpunten van hun professionele standaard hebben MAS en MAA veel meer gemeen dan hen onderscheidt. Ze werken weliswaar voor verschillende opdrachtgevers, maar de inhoud van hun werkzaamheden is grotendeels gelijk. Daarbij geldt zowel voor MAS als MAA dat zij door toedoen van hun opdrachtgevers in het gepolariseerde toernooimodel van de letselschadeafwikkeling terecht zijn gekomen. Zij zullen elkaar juist kunnen vinden in hun behoefte om hun autonomie en onafhankelijkheid als arts ten opzichte van hun opdrachtgevers te kunnen handhaven. Een (gezamenlijke) beroepscode waarin deze onafhankelijkheid is geborgd zou hierbij een belangrijk hulpmiddel kunnen zijn. Daarbij zou de beroepsgroep wellicht kunnen overwegen om de polariserende begrippen MAS en MAA te vervangen door een eenduidige term waarmee alle medisch adviseurs in letselschadezaken kunnen worden aangeduid: de Medisch Adviseur Personenschade (MAP).

40. De GAV heeft de doelstelling om de algemene beroepsorganisatie te zijn waarin zowel MAA als MAS zijn verenigd en werkt momenteel aan een nieuwe versie van de Beroepscode GAV. De WAA is een samenwerkingsverband tussen belangenbehartigers en medisch adviseurs die allen uitsluitend voor slachtoffers werken en de arts-leden van deze vereniging werken aan een – op dit moment nog niet bestaande – beroepscode.

41. Begin jaren tachtig bestond er ook eveneens verdeeldheid tussen verzekeringsartsen die voor verschillende organisaties werkten. Deze verdeeldheid uitte zich ook in het feit dat door verschillende organisaties onderling afwijkende beroepscode werden geïmple-

menteerd. Er is toen opgeroepen tot het bevorderen van een gezamenlijke identiteit, mede door het ontwikkelen van een voor de gehele beroepsgroep geldende beroepscode. Faas heeft in dit kader gesteld: "(...) als men zichzelf serieus neemt en door anderen serieus genomen wil worden zal men zich duidelijk dienen te profileren en zich bovendien naar buiten toe niet al te versnipperd dienen te presenteren". Uiteindelijk is de beroepsgroep door middel van samenwerking tot een aantal gezamenlijke producten gekomen (W.A. Faas, *Juridische aspecten van het werk van de verzekeringsgeneeskundige*, Utrecht: Stichting Sociale Gezondheidszorg 1991).